

Perfil dos atendimentos de pacientes oncológicos da unidade de emergência de um hospital referência regional no interior do Rio Grande do Sul, Brasil

Wiliam Santos Vieira*
Marisa Basegio Carretta Diniz*
João Carlos Cornel*

193

Resumo

No contexto da doença oncológica, a hospitalização do paciente precisa ser otimizada, visando aliviar o sofrimento dos pacientes e familiares. Faz-se necessário saber o perfil dos pacientes que acessam o serviço, principalmente via emergência. O objetivo do estudo foi identificar o perfil dos pacientes em tratamento oncológico e as emergências que os acometem. Estudo quantitativo de coorte retrospectiva observacional longitudinal, com a análise dos dados dos prontuários e registro hospitalar do câncer no ano de 2017. Incluídos 1635 pacientes, com idade predominante entre os 60 a 69 (27,3%) anos, 852 (52,1%) do sexo masculino, 1542 (94,1%) de cor de pele/raça branca e 463 (28,3%) possuíam histórico familiar de câncer, mediana de 29 dias para início do tratamento pós diagnóstico. A tipologia com maior incidência foi outras neoplasias malignas da pele, com 538 (32,9%), e a localização da primeira metástase no fígado, com 47 (2,8%). Realizado recorte dos pacientes com entrada via emergência, resultando em 450 (27,5 %) pacientes, idade média de 60,5 anos, 240 (53,3 %) sexo masculino, tabagistas e ex-tabagistas 239 (53,1%). Internaram 446 (99,11%) pacientes e quatro (0,88%) encaminhamentos para o ambulatório. Dos pacientes internados, 337 (74,90%) tiveram alta hospitalar e 113 (25,10%) evoluíram à óbito. A dor abdominal apareceu em 111 (24,6%) e a síndrome de lise tumoral foi a principal emergência oncológica com 182 (40,4%) casos. Conhecer o perfil dos pacientes oncológicos e suas emergências contribuiu na compreensão dos riscos do manifesto clínico, auxiliando os profissionais da saúde e na qualificação do atendimento prestado.

Palavras-chave: Oncologia. Emergências. Perfil de Saúde. Saúde. Câncer.

INTRODUÇÃO

A oncologia compreende a especialidade dedicada ao estudo do câncer e aos aspectos de desenvolvimento da patologia no organismo, transversaliza a busca do tratamento apropriado à complexidade de cada caso, sendo prioritariamente de abordagem individualizada¹. O tratamento ocorre majoritariamente através de duas tipologias: clínico, que atua fundamentalmente com a utilização de radioterapia e quimioterapia, e o cirúrgico, atuando na remoção da neoplasia do organismo, e a terapêutica oncológica ocorre sob a perspectiva curativa, paliativa

ou adjuvante, que estão relacionadas aos melhores resultados na cura, sobrevida e qualidade de vida, quando realizada associação de diversas modalidades terapêuticas².

Estimam-se mundialmente para o ano de 2030, a ocorrência de 27 milhões de casos incidentes e 12,6 milhões de mortes pela doença, sendo essa a causa mais relevante de mortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, além de representar cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo³. Em relação à distribuição por

DOI: 10.15343/0104-7809.202044193206

*Hospital de Clínicas de Passo Fundo- HCPF. Passo Fundo/RS, Brasil
E-mail: wiliansv88@gmail.com

sexo, haverá um discreto predomínio do sexo masculino, tanto na incidência, quanto na mortalidade^{4,5}.

Segundo estimativa de incidência no Brasil, com exceção do câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer que se apresentarão entre os mais incidentes em homens, serão de câncer próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%) e nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%)¹.

No Brasil, estimava-se que, no biênio 2018-2019, haveria a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano e que a distribuição por região geográfica mostra que Sul e Sudeste concentravam 70% dos casos, sendo que na região Sudeste, concentra quase a metade dessa incidência¹. Existia, entretanto, grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes regiões do Brasil, por exemplo nas regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostrava a predominância de cânceres de próstata e de mama feminina, bem como os cânceres de pulmão e de intestino, já a região Centro-Oeste, apesar de semelhante, incorporava em seu perfil os cânceres do colo do útero e de estômago entre os mais incidente, nas regiões Norte (única do país onde as taxas dos cânceres de mama e do colo do útero se equivaleram entre as mulheres) e Nordeste, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina entre os principais, a incidência dos cânceres do colo do útero e estômago tiveram impacto importante nessa população¹.

O câncer, depois das doenças cardiovasculares, é a segunda principal causa de morte no mundo segundo a World Health Organization³. Entretanto, com o salto quantitativo demográfico, estima-se que em poucos anos, a incidência de

doenças oncológicas, superem as doenças cardiovasculares, tornando-se a principal causa de morte e um dos fatores relacionados, seria o crescimento da população idosa, em contrapartida à redução na incidência nas mortes por doenças infecciosas e na mortalidade infantil. Este fato irá contribuir para novos casos e consequentes efeitos secundários aos tratamentos utilizados⁶.

Assim, alerta-se para o elevado número de internações de pacientes oncológicos nas emergências hospitalares. O desenvolvimento de estratégias terapêuticas e o prolongamento da vida dos pacientes em tratamento oncológico corroboram para este fato, estes pacientes podem apresentar sintomas repentinos, resultado de uma evolução desfavorável da doença, que pode desenvolver-se ao longo do tempo, levando em alguns casos a morte súbita⁷.

Contextualizando, ainda no Brasil, a fragilidade no que tange a resolutividade da atenção primária e o processo mais facilitado de acesso a serviços de alta complexidade e hospitalização, faz com que o atendimento na urgência e emergência funcione como a primeira entrada aos serviços de saúde⁸. Os atendimentos hospitalares de urgência e emergência são cada vez mais procurados pelos pacientes, por saberem que esta alternativa é mais resolutiva e rápida, tendo nestes cenários, à disposição vários serviços e recursos, como: consultas médicas, atendimento multiprofissional, exames, medicamentos e internações⁹.

Nos serviços de urgência e emergência, encontram-se serviços clínicos ou cirúrgicos, que atendem as doenças cardiovasculares, cardiorrespiratórias, cerebrovasculares, politraumatismos e as doenças oncológicas, sendo os principais motivos de procura pelo atendimento a dor aguda, seguida de problemas respiratórios, trauma e mal-estar¹⁰. Nessa realidade, a doença oncológica

aponta com grande crescimento, avanços terapêuticos culminam em melhores taxas na expectativa de vida do paciente em tratamento oncológico, porém isso o associa a maior exposição à fatores de risco, o que pode resultar em um aumento no número de emergências oncológicas durante todo o processo do tratamento¹¹.

Considera-se emergência oncológica qualquer evento agudo que se desenvolve direta ou indiretamente devido ao tumor em um paciente com câncer, ameaçando iminentemente sua a vida e as principais emergências oncológicas podem ser classificadas como hematológica (neutropenia febril), metabólica (hipercalcemia, síndrome de inadequada excreção do hormônio antidiurético), estrutural (medula espinhal, compressão de nervos periféricos, derrame pericárdico maligno e a oclusão de um grande vaso ou infiltração) ou efeitos colaterais de agentes quimioterápicos (diarreia, extravasamento)¹². A maioria das emergências são diagnosticadas com base em achados clínicos, laboratoriais e exames radiológicos¹¹.

As emergências oncológicas, na maioria das vezes, colocam em risco a vida dos pacientes criticamente doentes. Pensando em diminuir seus efeitos negativos sobre a qualidade de vida e sobrevivência, torna-se fundamental a compreensão dessas síndromes emergentes nos pacientes em tratamento oncológico, no sentido do diagnóstico precoce, sendo imprescindível em cada manifestação de quadros de emergência da doença, uma avaliação cuidadosa dos sintomas do paciente, dos parâmetros de monitoramento e das condições para uma correta identificação que permita um diagnóstico médico e terapêutico, o que pode contribuir para o planejamento e efetividade de cuidados de apoio e intervenções a essas condições¹². Quando identificadas precocemente, a

maioria das emergências podem ser tratadas adequadamente^{12,13}.

Os serviços de urgência e emergência desempenham papel fundamental para a efetividade da restauração da qualidade de vida neste grupo de pacientes, podendo ofertar diagnóstico rápido e tratamento adequado. Além disso, a instabilidade emocional e clínica do paciente, tendem a fazer parte da fase de agravamento e do cuidado crítico da doença oncológica, podendo ser representada por exacerbações de sintomas que pioram a qualidade de vida, levando a um complexo processo do viver, do morrer e da morte¹⁴.

Na fase na qual o paciente necessita de assistência no ambiente hospitalar, recomenda-se que esta possa ser integrada e ampliada para além da perspectiva biomédica de cuidado, visando aliviar o sofrimento tanto dos pacientes quanto de suas famílias, uma vez que o hospital é, ou deveria ser, um local de acolhimento, e que pode acabar sendo o "local da morte" em muitos casos⁷. Destaca-se a importância de investimentos em capacitações das equipes, com a finalidade de organização da assistência contemplada por um bom acolhimento e atendimento baseado em cuidados de saúde direcionados e individualizados, e para isso, faz-se necessário identificar o perfil dos pacientes em tratamento oncológico e quais as principais demandas de assistência que as emergências oncológicas suscitam nas portas de entrada hospitalar¹⁵.

Tendo em vista as especificidades do atendimento, conhecer as características desta população pode contribuir para a atuação responsável e segura da assistência nas diferentes unidades hospitalares, particularmente na unidade de urgência e emergência, com vistas a ofertar ao paciente e familiares, mesmo dentro deste ambiente conturbado, uma adequada experiência

vivida¹⁶. Como hipótese desta pesquisa, se pressupôs que as ocorrências de câncer encontrada nos registros do Hospital de Clínicas de Passo Fundo pouco diferem dos casos registradas em outras regiões do estado e do país.

Diante deste contexto, o presente estudo teve como objetivo principal identificar o perfil dos pacientes em tratamento oncológico e as emergências que os acometem.

METODOLOGIA

O estudo atendeu às normas e diretrizes éticas dispostas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo conforme parecer nº 3.230.951 e pela coordenação de Ensino e Pesquisa Acadêmica do Hospital de Clínicas.

Trata-se de um estudo conduzido de acordo com o modelo de coorte retrospectiva observacional longitudinal, do tipo quantitativo. A coleta de dados foi realizada em todos os prontuários eletrônicos dos pacientes que estavam em tratamento oncológico do ano de 2017, uma vez que todos os dados referentes a estes pacientes se encontravam sistematizados. A população foi selecionada com base nas informações e elementos disponíveis nos prontuários, compondo uma amostra não probabilística do tipo intencional de 1635 prontuários de indivíduos matriculados no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) no período de janeiro a dezembro do referido ano.

O Hospital de Clínicas de Passo Fundo é um dos maiores complexos hospitalares da região norte do Rio Grande do Sul. Centro de referência macrorregional no norte do estado para o sistema único de saúde (SUS), compreendendo os 144 municípios da 6^o,

11^o, 15^o e 19^o Coordenadorias Regionais de Saúde, respectivamente, das cidades de Passo Fundo, Erechim, Palmeira das Missões e Frederico Westphalen, abrangendo uma população de aproximadamente 1.158.000 de habitantes e referência para atendimento de procedimentos de alta complexidade em Ortopedia e Traumatologia, Neurocirurgia, Terapia Substitutiva Renal, Oncologia e Hemodinâmica. Oferece um Centro de Oncologia e Hematologia HC com corpo clínico especializado, acesso às tecnologias e estrutura completa de diagnóstico, tratamento e reabilitação aos pacientes com câncer e/ou doenças hematológicas.

Foram incluídos no estudo prontuários oriundos do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e Registro Hospitalar do Câncer (RHC), com diagnóstico de neoplasia segundo CID 10, referente ao ano de 2017. Como critérios de exclusão foram considerados prontuários incompletos e prontuários que não tenham diagnóstico conclusivo.

As informações extraídas dos prontuários e registros foram estratificadas e catalogadas em um arquivo (Excel) para registro de dados, criado pelos autores, utilizando as seguintes variáveis: ano do diagnóstico, faixa etária, sexo, cor da pele, histórico familiar de câncer, cidade de origem, localização do tumor primário, tipo histológico, topografia, ocorrência metastática, tempo entre o diagnóstico e início de tratamento. Neste contexto foi realizado um recorte, via número de registro, de todos os pacientes que acessaram o hospital pelo serviço de emergência, afim de aprofundar a temática da emergência oncológica. Esta amostra totalizou 450 prontuários, os quais foram analisadas as variáveis de idade, sexo, histórico de tabagismo, conduta pós consulta médica, desfecho da internação, tipo histológico correlacionando com os óbitos e

tabagismo, sinais e sintomas correlacionando com o óbitos e tabagismo, e as emergências oncológicas correlacionando com os óbitos.

A análise e o processamento dos dados foram realizados com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0 (SPSS Inc, Chicago, EUA), considerados significativos quando $p < 0.05$. As variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e percentagens. As variáveis contínuas com distribuição normal, apresentadas por média e desvio padrão, e aquelas sem distribuição normal, como mediana e amplitude interquartílica (IQ). Foi utilizado o teste de Kuskal-Wallis para verificação da normalidade dos dados. O nível de significância considerado foi de 5%, bicaudal.

RESULTADOS

No ano de 2017, 1635 pacientes com câncer foram atendidos no hospital, dos quais 852 (52,1%) eram do sexo masculino, com faixa etária compreendida entre os 60 a 69 (27,3%) anos e cor de pele/raça branca 1542 (94,1%). Da população total, 463 (28,3%) informaram que possuem histórico familiar de câncer. O tempo do primeiro diagnóstico para o início do tratamento alcançou a média de 53 dias, porém, cabe ressaltar que esta média foi elevada por ter um paciente que demorou 793 dias para iniciar o tratamento, portanto a mediana calculada foi de 29 dias com primeiro quartil de 11 dias e o terceiro quartil de 68 dias, como mostra a tabela 1.

Em relação à procedência dos pacientes, o município de Passo Fundo apresentou maior incidência de casos, sendo 523 (32,0%) pacientes. Os demais, 1112 (68,0%) pacientes eram procedentes de outros municípios da abrangência regional, como salientado na

tabela 2.

A distribuição tipológica abrange outras neoplasias malignas da pele com 538 (32,9%) ocorrências, seguido da mama 219 (13,4%) e da próstata 130 (8,0%) com maiores incidências, como apresentada na tabela 3.

A localização da primeira metástase como apresentada na tabela 4, indica um número de 188 (11,5%) casos e a metástase no fígado e das vias biliares intra-hepáticas com maior incidência, representando 47 (2,8%) dos casos.

Na tabela 5, são relatados os dados da unidade de emergência (UEM), no ano de 2017. Deram entrada nesta unidade, 450 pacientes com câncer, identificando-se uma média de idade de 60,5 anos, dos quais 240 (53,3%) do sexo masculino e 239 (53,1%), tabagistas e ex-tabagistas.

Do total de pacientes admitidos na UEM, nos pós consulta médica, 446 (99,1%) pacientes necessitaram de internação hospitalar e quatro (0,8%) receberam encaminhamento para atendimento ambulatorial. Dos pacientes internados, 337 (74,9%) tiveram como desfecho alta hospitalar e 113 (25,1%) pacientes evoluíram à óbito.

A distribuição tipológica na UEM como observada na tabela 6, demonstra maior incidência de neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões 72 (16,0%), seguido da pele 35 (7,8%) e do cólon 34 (7,6%).

Correlacionando a tipologia com o desfecho de óbito, a neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões ($p=0,001$), da mama ($p=0,005$) e do pâncreas ($p=0,034$), apresentaram resultados significativos.

Em relação à associação da tipologia do câncer com o tabagismo, apresentam-se significativas as correlações entre a neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões ($p=0,001$), da mama ($p=0,001$), do estômago ($p=0,005$) e do colo do útero ($p=0,044$).

Na tabela 7, estão descritos os sinais e

sintomas apresentados e referidos pelos pacientes nas emergências oncológicas, sendo correlacionados ao tabagismo e desfecho de óbito. Dentre os sinais e sintomas, a dor abdominal foi referida em 111 (24,6%) dos casos, seguido de perda de força 90 (20,0%), dispneia 84 (18,6%) e rebaixamento de sensório 12 (2,7%), os quais apresentaram correlação significativa ($p < 0,05$) com a ocorrência de óbito. Observou-se que o sintoma de dispneia ($p = 0,001$), os sangramentos ($p = 0,011$) e a ocorrência de vômito/diarreia/náusea ($p = 0,040$) estiveram significativamente correlacionados ao hábito do tabagismo.

A emergência oncológica síndrome de lise tumoral teve número de 182 (40,4%) e apresentou maior significância em relação aos óbitos ($p = 0,001$) como pode ser vista na tabela 8.

Tabela 1- Características gerais dos pacientes em tratamento oncológico incluídos no estudo. Registro Hospitalar do Câncer, Passo Fundo, RS – 2017.

Característica gerais dos participantes do estudo	N	%
Sexo		
Feminino	783	47,9
Masculino	852	52,1
Total	1635	100
Faixa etária em anos		
< e 19	6	0,4
20 – 29	42	2,6
30 – 39	82	5,0
40 – 49	168	10,2
50 – 59	331	20,2
60 – 69	446	27,3
70 – 79	382	23,4
80 e >	178	10,9
Total	1635	100

continua...

...continuação - Tabela 1

Característica gerais dos participantes do estudo	N	%
Cor/Raça		
Branca	1542	94,3
Preta	23	1,4
Amarela	0	0,0
Parda	44	2,7
Indígena	2	0,1
Sem informação	24	1,5
Total	1635	100
Histórico familiar de câncer		
Sim	463	28,3
Não	334	20,4
Sem informação	838	51,3
Total	1653	100
Tempo do primeiro diagnóstico para início do tratamento		
Tempo em dias (Média + DP)	53 + 84,0	
Tempo em dias (Mediana e amplitude interquartilica)	29 (11 - 68)	
Total	1635	100

Tabela 2- Municípios de procedência dos pacientes. Registro Hospitalar do Câncer, Passo Fundo, RS – 2017.

Municípios de procedências dos pacientes	N	%
Passo Fundo	523	32,0
Outras cidades	483	29,7
Lagoa Vermelha	84	5,1
Tapejara	61	3,7
Soledade	59	3,6
Sananduva	44	2,7
Marau	42	2,6
Espumoso	38	2,3
Casca	35	2,1
Serafina Corrêa	31	1,9
Barros Cassal	28	1,7

continua...

...continuação - Tabela 2

Municípios de procedências dos pacientes	N	%
Ibirubá	24	1,5
Não-Me-Toque	20	1,2
Paim Filho	20	1,2
Tapera	20	1,2
São José do Ouro	19	1,2
David Canabarro	18	1,1
Ernestina	18	1,1
Ibiaçá	18	1,1
Campos Borges	17	1
Ibiraiaras	17	1
Ciríaco	16	1
Total	1635	100

Tabela 3- Distribuição quanto a Tipologia. Registro Hospitalar do Câncer, Passo Fundo, RS – 2017.

Distribuição quanto a Tipologia	N	%
Outras neoplasias malignas da pele	538	32,9
Neoplasia maligna da mama	219	13,4
Outras neoplasias	194	11,7
Neoplasia maligna da próstata	130	8,0
Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	109	6,7
Neoplasia maligna do colo do útero	85	5,2
Neoplasia maligna do cólon	59	3,6
Neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal	42	2,6
Neoplasia maligna do estômago	41	2,5
Neoplasia maligna do esôfago	34	2,1
Neoplasia maligna da bexiga	33	2,0
Neoplasia maligna dos sistemas hematopoiético e retículo endotelial	31	1,9

continua...

...continuação - Tabela 3

Distribuição quanto a Tipologia	N	%
Neoplasia maligna do pâncreas	29	1,8
Neoplasia maligna da glândula tireoide	24	1,5
Neoplasia maligna do reto	24	1,5
Neoplasia maligna secundária e não especificada dos gânglios linfáticos	23	1,4
Neoplasia maligna da laringe	20	1,2
Total	1635	100

Tabela 4- Localização na primeira metástase. Registro Hospitalar do Câncer, Passo Fundo, RS – 2017.

Localização da primeira metástase	N	%
Metástase do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	47	2,88
Metástase dos ossos e das cartilagens articulares de outras localizações e de localizações não especificadas	35	2,14
Metástase dos brônquios e dos pulmões	30	1,83
Metástase secundária e não especificada dos gânglios linfáticos	24	1,47
Metástase dos tecidos moles do retroperitônio e do peritônio	21	1,29
Metástase do encéfalo	17	1,04
Metástase do coração, mediastino e pleura	10	0,61
Metástase de outras localizações e de localizações mal definidas	2	0,12
Metástase do intestino delgado	1	0,06
Metástase da glândula supra-renal [Glândula adrenal]	1	0,06
Total	188	11,5

Tabela 5- Características dos pacientes em tratamento oncológico admitidos na unidade de emergência. Prontuário eletrônico hospitalar, Passo Fundo, RS – 2017.

Características dos pacientes na unidade emergência	N	%	<i>...continuação - Tabela 5</i>		
Idade			Características dos pacientes na unidade emergência	N	%
Anos, (Média + DP)	60,5 + 14,13		Total	450	100
Sexo			Histórico de tabagismo		
Feminino	210	46,7	Tabagista e ex-tabagista	239	53,1
Masculino	240	53,3	Não tabagista	211	46,9
Total	450	100	Total	450	100
Conduta pós consulta médica			Desfecho		
Internação hospitalar	446	99,1	Óbito	113	25,1
Encaminhamento ao atendimento ambulatorial	4	0,88	Alta	337	74,9
			Total	450	100,00

Tabela 6- Distribuição quanto a Tipologia na UEM. Prontuário eletrônico hospitalar, Passo Fundo, RS – 2017.

Distribuição quanto a Tipologia na UEM	N	%	Valor p Óbitos	Valor p Tabagismo
Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	72	16,00	0,001	0,001
Outras neoplasias malignas da pele	35	7,80	0,052	0,050
Neoplasia maligna do cólon	34	7,60	0,146	0,281
Neoplasia maligna da mama	29	6,40	0,005	0,001
Neoplasia maligna do estômago	24	5,30	0,990	0,005
Neoplasia maligna do colo do útero	20	4,40	0,117	0,044
Neoplasia maligna do pâncreas	20	4,40	0,034	0,056
Neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal	19	4,20	0,902	0,616
Neoplasia maligna do esôfago	18	4,00	0,413	0,096
Neoplasia maligna da próstata	17	3,80	0,063	0,136
Outras Neoplasias	162	36,10	0,453	0,314

Tabela 7- Sinais e sintomas das emergências oncológicas apresentados na UEM e valor de P em comparação com óbitos e com tabagismo. Prontuário eletrônico hospitalar, Passo Fundo, RS - 2017.

Sinais e sintomas das urgências oncológicas apresentados na UEM e p-valor de óbitos e tabagismo	N	%	Valor p Óbitos	Valor p Tabagismo
Dor Abdominal	111	24,70	0,001	0,134
Vômito/Diarreia/Náusea	95	21,10	0,102	0,040
Perda de Força	90	20,00	0,023	0,212
Dispneia	84	18,70	0,001	0,001
Febre	53	11,80	0,569	0,151
Anemia/Anorexia	40	8,90	0,259	0,551
Dor Torácica	35	7,80	0,193	0,117
Sangramento	32	7,10	0,390	0,011
Rebaixamentos Sensorio	12	2,70	0,001	0,425
Crise Convulsiva	9	2,00	0,566	0,877
Perda da Função Renal	3	0,70	0,742	0,494
Hemiparesia	3	0,70	0,742	0,494
Paralisia Facial	1	0,20	0,563	0,346
Ascite	1	0,20	0,084	0,346

Tabela 8- Emergências oncológicas com base nos sinais e sintomas apresentados na UEM e valor de p em comparação com óbitos. Prontuário eletrônico hospitalar, Passo Fundo, RS - 2017.

Emergências oncológicas com base nos sintomas e Valor de p de óbitos	N	%	Valor p Óbitos
Síndrome de lise tumoral	182	40,4	0,001
Hiponatremia	169	37,6	0,018
Síndrome da veia cava superior	143	31,7	0,001
Coagulação intravascular disseminada	114	25,3	0,001
Hipercalemia	107	23,8	0,038
Derrames pericárdicos malignos	101	22,4	0,001
Compressão epidural maligna da medula espinhal	95	21,1	0,030
Neutropenia febril	53	11,8	0,569

DISCUSSÃO

No Brasil, segundo dados de estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA), colaborando com dados do estudo, em 2018 o número de neoplasias malignas no sexo masculino foi maior comparado com o sexo feminino, conforme incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer¹⁷. De forma global, a taxa de prevalência da maioria dos cânceres quanto ao sexo, demonstra incidências maior em homens do que em mulheres, com as taxas de incidência variando entre as regiões, porém compatíveis com as apresentadas no mundo¹⁸. A taxa de prevalência estima o diagnóstico de câncer em um a cada cinco homens e em uma a cada seis mulheres, podendo morrer pela doença um em cada oito homens e uma em cada dez mulheres¹⁹.

As idades com maiores incidências foram observadas entre os 60 anos e 69 anos, o que pode ser explicado pelo aumento da longevidade e por um crescimento acelerado da população idosa, ultrapassando a marca de 30 milhões em 2017. A maior incidência nessa faixa etária no estudo realizado parece ter relação com longevidade, por esta constituir importante fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias, uma vez que o aumento da expectativa de vida, pode trazer consigo aumento de doenças crônico-degenerativas²⁰. Outro aspecto que corrobora com os resultados do estudo seria o diagnóstico de câncer como um dos maiores riscos atribuídos à população idosa²¹.

Em relação a cor de pele/raça, a predominância da amostra foi de indivíduos brancos, condizendo com a realidade da região sul do Brasil, a qual concentra uma população de quase 80% brancos, seguido de 16,70% pardos e negros com apenas 3,9%, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010²². A informação de histórico familiar de câncer esteve presente em 28,3% dos casos, ratificando sua reconhecida, forte e importante forma de identificar e orientar

a avaliação do risco para desenvolver condições crônicas, incluindo as neoplasias. Ainda, integrando o risco de desenvolvimento de doença por fatores genéticos²³.

O estudo revelou uma demora relativa entre o tempo do primeiro diagnóstico para o início do tratamento. Este tempo pode alterar o prognóstico de potencialmente curável para incurável em cânceres agressivos. Em estudo realizado em área densamente povoada do Brasil, com análise retrospectiva de 509 pacientes diagnosticados com neoplasias malignas pulmonares entre os anos de 2008 e 2014, foi verificado que o tempo médio desde o diagnóstico até o início do tratamento se estabeleceu em um mês, mas a maioria dos pacientes (82,5%) iniciou o tratamento em até dois meses, demonstrando que os tempos de espera para o início efetivo do tratamento, permaneceram relativamente longos²⁴. Sobre este contexto em 2012, o governo brasileiro publicou a Lei 12.732, estabelecendo que todo paciente com neoplasia maligna tem direito ao início do tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) no prazo de 60 dias após o diagnóstico, com o objetivo de uma abordagem universal e integral, conforme os preceitos doutrinários do SUS minimizando e eliminando as diferenças no acesso ao tratamento do câncer²⁵.

Quanto à incidência tipológica nos países emergentes, os cânceres de pulmão, bexiga, fígado, próstata, colón e reto, ocorrem mais comumente entre os homens, sendo os cânceres de mama, colo do útero, ovário e linfoma não-Hodgkin, os mais comuns entre as mulheres²⁶. No Relatório Anual da Nação sobre a Situação do Câncer, observou-se que a tipologia com incidência mais elevada é o melanoma da pele, tanto para homens e mulheres, sendo evidenciado aumento estatisticamente significativo nas taxas. À exceção do câncer de pele não melanoma, entre os homens, as taxas de incidências apontam para

a ocorrência da neoplasia na próstata, pulmão e brônquio, cólon e reto, e entre as mulheres há maior incidência de câncer de mama, pulmão e brônquio, cólon e reto²⁷, ratificando os dados encontrados no presente estudo.

Considerando a localização da primeira metástase, em estudo de um grupo multicêntrico da Francogyn, ao analisar apenas as mulheres, verificou-se que os sítios anatômicos mais comuns de metástases em seu primeiro evento foram pulmão, ossos, fígado, linfonodos diafragmáticos e cérebro²⁸. Embora o estudo tenha analisado somente a ocorrência de metástase em mulheres, este resultado corrobora com os perfis vistos no presente estudo, o qual apresentou indicadores semelhantes quanto a primeira localização de metástase.

Na unidade de emergência, o perfil dos pacientes oncológicos apresentou-se proximamente relacionado ao evidenciado nas demais unidades do hospital, corroborando também, com estudo do perfil dos pacientes oncológicos atendidos em uma unidade de emergência. No estudo citado, dos 172 pacientes diagnosticados com câncer atendidos, identificou-se uma média de idade de 62 anos, sendo 107 (62,2%) do sexo masculino e tendo como localização primária do tumor, em ambos os sexos, a região gastrointestinal e pulmonar como predominantes, seguido pelo câncer de mama².

A associação do câncer ao tabagismo demonstra risco relativo em diversas tipologias (câncer de lábio e cavidade oral, nasofaringe, esôfago, estômago, colorretal, fígado, pâncreas, pulmão, colo do útero, ovário, rim, bexiga urinária, entre outros). Os efeitos nocivos do tabagismo no corpo humano são visíveis principalmente no sistema respiratório, como demonstrado em uma pesquisa epidemiológica descritiva do câncer atribuível ao tabagismo. O estudo evidenciou elevada incidência de câncer de pulmão, seguido por de fígado, de nasofaringe e de colo do útero, porém comparado com um estudo anterior a maioria dos dados apresentam-se inferiores

tanto para incidência de câncer e mortalidade em homens e mulheres, evidenciando que políticas eficazes contra o tabaco e conjunto de intervenções, como aumentar os impostos sobre o tabaco, estabelecer áreas para não fumantes e implementar advertências gráficas de saúde, tem efetividade no declínio significativo do câncer relacionado ao tabagismo²⁹.

Um estudo de método misto paralelo convergente utilizando dados quantitativos e qualitativos, sobre sinais, sintomas e fatores de risco do câncer de pulmão na Austrália, foram identificados nos achados quantitativos, a presença de hemoptise e dispneia como sintomas mais reconhecidos em toda a população da amostra e o tabagismo foi reconhecido como causa de câncer de pulmão, no entanto, os fumantes foram menos propensos a reconhecer o seu potencial risco para o desenvolvimento de câncer de pulmão³⁰. O câncer de pulmão foi o mais evidenciado na unidade de emergência do hospital do estudo, como o estudo acima citado isso pode explicar a dispneia como um dos principais sintomas.

Em relação à mortalidade, em estudo que analisou as fontes e métodos utilizados na compilação das estatísticas de câncer em 185 países, o câncer de pulmão foi a causa mais frequente de morte, seguida pelo câncer de próstata e fígado nos homens, e nas mulheres, o câncer de mama foi a mais frequente, seguido do câncer de pulmão e do câncer de colo do útero³¹. De modo global, em ambos os sexos, o câncer de pulmão, seguido por câncer de estômago, fígado, mama e colón, foram as causas mais frequentes de morte por câncer³¹.

Assemelhando-se aos dados encontrados, um estudo descritivo longitudinal realizado no Hospital Universitário San Ignacio (HUSI) em Bogotá, durante quatro meses, com 672 pacientes que apresentaram histórico de patologia hematológica ou oncológica, 79,5% dos pacientes eram da faixa etária de 50 anos ou mais, e o câncer mais frequente foi o de mama com 17,4%, seguido

de cólon 9,5%, gástrico 9%, reto 7,7% e próstata 6,7% e os principais sintomas registrados foram dor abdominal (26,3%), seguida de dispneia (19,3%), vômitos (16,7%), astenia/adinamia (15%) e febre (14,5%)³², o que pode explicar a vasta sintomatologia (dispneia, aumento ou diminuição da frequência respiratória, cianose, icterícia, febre, dor abdominal, fraqueza muscular, visão turva, dor de cabeça, vertigem, tontura, perda auditiva, comprometimento do estado mental, entre outras) que as emergências oncológicas podem apresentar³³.

Com base nos sinais e sintomas, a emergência oncológica metabólica como a Síndrome de lise tumoral (SLT) e hiponatremia, apresentaram-se em maior número nos pacientes oncológicos. Em estudo que discute a Síndrome de lise tumoral no pronto-socorro, relata que SLT

é a emergência oncológica mais comum, sendo caracterizada pelo desenvolvimento de hiperuricemia, lesão renal aguda e distúrbios eletrolíticos, podendo ser fatal em muitos casos e é crucial identificar pacientes com alto risco da síndrome para receber tratamento precoce³⁴. Na abordagem das emergências em hematologia e oncologia, a hiponatremia associa-se a uma sobrevida inferior, afetando até 60% no final da vida, e é um dos distúrbios metabólicos mais comuns em pacientes com câncer, sendo multifatorial e podendo ser ocasionada pelo próprio câncer ou por drogas, hipovolemia e nefropatia que desperdiçam sal, já hiponatremia, na maioria dos casos de pacientes com câncer, é leve a moderada e não requer terapia ou pode ser tratada em regime ambulatorial³³.

CONCLUSÃO

O Perfil dos pacientes em tratamento oncológico na instituição de estudo, foi de predomínio masculino, idosos, de cor branca, com histórico familiar de câncer. A tipologia mais incidente encontrada foi outras neoplasias malignas da pele e a primeira metástase acomete o fígado e as vias biliares intra-hepáticas. A mediana de tempo para o início do tratamento após o diagnóstico foi 29 dias, revelando uma demora relativa, porém dentro do que prevê a atual legislação. Observou-se que a unidade de emergência foi via de acesso para muitos pacientes em tratamento oncológico, que em sua maioria apresentaram neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões, histórico de tabagismo, sinal e sintoma de dor abdominal e a emergência oncológica a síndrome de lise tumoral.

O óbito apresentou uma relação significativa com a neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões, de a mama e de o pâncreas, com os sinais e sintomas de dor abdominal, perda de

força, dispneia e rebaixamento de sensório e a emergência oncológica síndrome de lise tumoral. Já o tabagismo apresentou relação significativa com a neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões, de mama, de estômago e de colo do útero, com os sinais e sintomas de dispneia, sangramentos e a ocorrência de vômito/diarreia/náusea, mostrando assim que a população estudada pouco difere do restante do estado, do Brasil e do mundo.

Delinear e conhecer o perfil do paciente oncológico e suas principais emergências pode possibilitar o aprimoramento do entendimento do risco do manifesto clínico, como também o planejamento de campanhas e ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, promovendo ao longo do tempo, inclusive a melhora do desfecho dos pacientes atendidos no serviço. Sugere-se a continuidade deste trabalho, com correlações mais específicas entre os dados a fim de fortalecer ainda mais os resultados a serem discutidos e analisados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [cited 2019 Jan 9]. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil; 2018. Available from: <http://inca.gov.br>.
2. Boaventura AP, Vedovato CA, dos Santos FF. Perfil dos pacientes oncológicos atendidos em uma unidade de emergência. *Cienc Enferm*. 2015; 21(2):51-62.
3. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC) [homepage on the Internet]. Lyon: IARC; c2018 [cited 2019 Mar 1]. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.
4. Knust RE, Portela MC, Pereira CCA, Fortes GB. Estimated costs of advanced lung cancer care in a public reference hospital. *Rev Saude Publ*. 2017;51:53.
5. Siegel RL, Miller KD, Fedewa SA, Ahnen DJ, Meester RGS, Barzi A, et al. Colorectal cancer statistics, 2017. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(3):177-93.
6. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de informática do SUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde, 2018 (acesso em 20 fev. 2019). Disponível em: <http://datasus.gov.br>.
7. Miranda B, Vidal SA, Mello MO, Rêgo JC, Pantaleão MC et al. Cancer patients, emergencies service and provision of palliative care. *Rev Assoc Med Bras*. 2016; 62(3): 207-11.
8. Camerero A, Alves EC, Camerero N, Nogueira LD. Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência. *Rev Fafibe On*. Bebedouro SP. 2015;8(1):515-524.
9. Oliveira LS, Costa DN, Oliveira DML, Almeida HOC, Mendonça IO. Indicadores de qualidade nos serviços de urgência hospitalar. *Cienc Biol Saude Unit*. 2018;4(3):173-88.
10. Zhou Y, Abel GA, Hamilton W, Pritchard-Jones K, Gross CP, Walter FM, et al. Diagnosis of cancer as an emergency: a critical review of current evidence. *Nat Rev Clin Oncol*. 2017;14(1):45-56.
11. Meert AP, Sculier JP, Berghmans T. Lung cancer diagnosis in the emergency department. *Eur Respir J*. 2015;45(4):867-8.
12. Pi J, Kang Y, Smith M, Earl M, Norigian Z, McBride A. A review in the treatment of oncologic emergencies. *J Oncol Pharm Pract*. 2016;22(4):625-38.
13. Gorospe-Sarasua L, Arrieta P, Munoz-Molina GM, Almeida-Arostegui NA. Oncologic thoracic emergencies of patients with lung cancer. *Rev Clin Esp*. 2019;219(1):44-50.
14. Da Silva MM, Orineu Esteves L, Chagas Moreira M, Da Silva JA, Da Costa Machado S, Faria Campos J. Perfil de diagnósticos de enfermagem em um hospital brasileiro especializado em cuidados paliativos oncológicos. *Cienc Enferm*. 2013;19(1):49-59.
15. Gonçalves MM, Guedes NdAB, de Matos SS, Tienoli SD, Simino GPR, dos Reis Corrêa A. Perfil dos atendimentos a pacientes oncológicos em uma unidade de pronto atendimento. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2018;8.
16. Martins PF, Perroca MG. Care necessities: the view of the patient and nursing team. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1026-32.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [cited 2018 Oct 1]. Estatísticas do Câncer: Mortalidade. 2018 Available from: <http://inca.gov.br/vigilancia/mortalidade.asp>.
18. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424.
19. Da Silva MJS, Bergmann A, Siqueira AdSE, Casado L, Zamboni MM. Influência das Iniquidades Sociais e dos Cuidados de Saúde na Incidência e Mortalidade por Câncer. *Rev Bras Cancerol*. 2018;64(4):459-60.
20. Minayo MCS, Firmo JOA. Longevity: bonus or onus? *Cienc Saude Colet*. 2019;24(1):4.
21. Melo-Silva AM, Mambrini JVM, Souza Junior PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF. Hospitalizations among older adults: results from ELSI-Brazil. *Rev Saude Publ*. 2018;52Suppl 2(Suppl 2):3s.
22. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: IBGE [cited 2019 Oct 2]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. Available from: <http://www.ibge.gov.br>.
23. Hickey KT, Katapodi MC, Coleman B, Reuter-Rice K, Starkweather AR. Improving Utilization of the Family History in the Electronic Health Record. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(1):80-6.
24. Abrao FC, Abreu I, Rocha RO, Munhoz FD, Rodrigues JHG, Younes RN. Impact of the delay to start treatment in patients with lung cancer treated in a densely populated area of Brazil. *Clinics (Sao Paulo)*. 2017;72(11):675-80.
25. Brasil, Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*. 2012.
26. Wild CP. Cancer control: a reminder of the need for a balanced approach between prevention and treatment. *East Mediterr Health J*. 2014;20(6):360-2.
27. Jemal A, Ward EM, Johnson CJ, Cronin KA, Ma J, Ryerson B, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2014, Featuring Survival. *J Natl Cancer Inst*. 2017;109(9).
28. Ouldamer L, Bendifallah S, Body G, Touboul C, Graesslin O, Raimond E, et al. Incidence, patterns and prognosis of first distant recurrence after surgically treated early stage endometrial cancer: Results from the multicentre FRANCOGYN study group. *Eur J Surg Oncol*. 2019;45(4):672-8.
29. Kristina SA, Permitasari N, Krisnadewi KI, Santoso KA, Puspawati PR, Masrida WO, et al. Cancer Attributable to Tobacco Smoking in Member Countries of Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) in Year 2018. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2019;20(10):2909-15.
30. Crane M, Scott N, O'Hara BJ, Aranda S, Lafontaine M, Stacey I, et al. Knowledge of the signs and symptoms and risk factors of lung cancer

in Australia: mixed methods study. *BMC Public Health*. 2016; 16:508.

31. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Pineros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*. 2019;144(8):1941-53.

32. Mariño, R., Cervera, S., Moreno, L., & Sánchez, O. Motivos de consulta al servicio de urgencias de los pacientes adultos con enfermedades hemato-oncológicas en un hospital de cuarto nivel de atención. *Rev Colomb Cancerol*. 2015;19(4), 204-209.

33. Halfdanarson TR, Hogan WJ, Madsen BE. Emergencies in Hematology and Oncology. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(4):609-41.

34. Namendys-Silva SA, Arredondo-Armenta JM, Plata-Menchaca EP, Guevara-García H, García-Guillen FJ, Rivero-Sigarroa E, et al. Tumor lysis syndrome in the emergency department: challenges and solutions. *Open Access Emerg Med*. 2015; 7:39-44.

Recebido em dezembro 2019
Aceito em abril 2020.